

**【三軍總醫院精準醫學暨基因體中心】**  
**血液檢體 DNA 萃取委託單**

※請用紫頭管收 2-3 ml 血液

計畫類型	<input checked="" type="checkbox"/> 個人研究計畫 <input type="checkbox"/> 其他_____		
1. 檢體來源 <input checked="" type="checkbox"/> 本院 <input type="checkbox"/> 外院 <b>(申請人必填)</b>	姓名		病歷號 (身份證字號)
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日      西元____年__月__日
	診斷		
2. 聯絡資料 本人同意負擔相關實驗費用與研究倫理責任 主持人 (簽名或蓋章) <b>(申請人必填)</b>	主持人 (員工代號 DOC: _____)	電話 _____	
	聯絡人	電話 _____	
	Email		
	1. 採血時間：西元____年____月____日____時____分 2. 採血地點/容量 _____ ml： <input type="checkbox"/> 本院檢驗科櫃檯/病房/開刀房/檢驗室 (請圈選) <input type="checkbox"/> 本中心採血 <input type="checkbox"/> 其他：_____ (地點) 3. 感染性： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，種類：_____ 4. 其他：_____		
3. 內容 (精準醫學暨基因體中心填寫)	(收件時間) 編號 _____	(西元年月日-流水號-主持人代號-病歷號) _____ - _____ -DOC _____ - _____	
	收件人		操作人
	結果	體積：_____ $\mu$ l，濃度：_____ ng/ $\mu$ l， 純度(OD260/280)：_____，OD260/230：_____	
	其他	溶血： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
4. 取件人	電話： _____ 年__月__日		

備註：

